



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Comunicação com o Doente Incapaz de Comunicar Verbalmente – Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Irina Eusébio da Silva

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Comunicação com o Doente Incapaz de Comunicar Verbalmente – Uma Intervenção Especializada de Enfermagem

Ana Irina Eusébio da Silva

Orientador: Professora Cândida Durão

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento...

À Professora Cândida Durão,
pelo rigor e exigência na orientação, por nunca me deixar desistir e sempre ter
acreditado na minha capacidade de desenvolver este trabalho.
A todas as equipas dos serviços onde passei e pude desenvolver competências,
pelo apoio e incentivo.
Aos colegas do meu serviço, em especial ao Paulo e à enfermeira-chefe Maria
Ana, pelo incentivo, pela compreensão nos momentos de maior fadiga e pela
colaboração com o horário.
Aos amigos dentro e fora do contexto escolar, fazendo especial referência à
Vera, à Susana, à Vânia, à Filomena e ao Flávio,
pelo suporte e partilha ao longo deste percurso.
Susana Leal, sem ti nunca teria chegado até aqui.
À minha família, sempre com palavras de incentivo e de crença nas minhas
capacidades

RESUMO

Devido às mudanças de paradigma que se têm vindo a sofrer ao longo dos anos, a comunicação na relação enfermeiro/doente reassume hoje um valor fundamental e torna-se objetivo estratégico na gestão dos problemas de enfermagem. A comunicação é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre os intervenientes no processo de cuidar, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

A comunicação torna os indivíduos mais flexíveis, contribuindo para uma maior capacidade de resolução de problemas com o aumento da possibilidade de escolhas, não podendo ser subestimada no âmbito das relações humanas. Assim, sendo que a Enfermagem também se sustenta no desenvolvimento de relações humanas, é então premente que esta temática seja objeto de estudo e de reflexão no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem.

No sentido de compreender este conceito junto do doente crítico incapaz de comunicar verbalmente e desenvolver competências na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica, o percurso de estágio de mestrado que aqui se documenta decorreu numa unidade de doenças cerebrovasculares, onde se desenvolve ativamente a comunicação com o doente, um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos.

Apresentam-se neste relatório de estágio as principais atividades desenvolvidas e os conhecimentos obtidos, por forma a desenvolver as competências de enfermeiro especialista e mestre, nomeadamente na avaliação da comunicação e prestação de cuidados ao doente em situação emergente. O referencial teórico de Virgínia Henderson e a teoria das Necessidades Humanas Fundamentais foi o ponto de sustentação de todo pensamento e ação.

Palavras-Chave: Doente Crítico, Unidade de Cuidados Intensivos, Comunicação, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Due to the paradigm shifts that have been happening over the years, communication between nurses and patients resumes today a fundamental value and becomes a fundamental strategy in the management of nursing care. Communication is increasingly becoming a component to value, not only because of its importance, in the relationship established between stakeholders in the caring process, such as the fact that it is a good indicator of quality of care.

Communication makes individuals more flexible, contributing to a better problem-solving capacity with increased choices, and cannot be underestimated in the context of human relations. As long as nursing as it supports in the development of human relations, becomes very important the study of this subject, it is a way to reflect and improve nursing care.

In order to understand this concept in critical patients unable to communicate verbally, and to develop expertise in this specialized area, the master's stage route, here documented, took place in a unit of cerebrovascular disease, which develops actively the subject of communication with the patients, emergency care and intensive care unit.

In this report are presented the main activities developed and the knowledge obtained, in order to develop the skills of the nurse specialist and master in this area of critical patients enable to communicate verbally and critical patients in emergent situation. The Virginia Henderson theoretical and the theory of Fundamental Human Needs was the point of support of every thought and action.

Keywords: Critical Patient, Intensive Care Unit, Communication, Nursing Care

“Determinação coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente vascular cerebral

CI – Circular Informativa

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EOT – Entubado Orotraquealmente

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SO – Sala de observação

SU – Serviço de Urgência

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCV – Unidade Cerebrovascular

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVC – Via Verde Coronários

VVAVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1.O Cuidar da Pessoa em Situação Crítica	23
1.2.A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica	27
2.PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	31
2.1. Estágio I – Unidade de Cerebrovascular	32
2.2. Estágio II – Serviço de Urgência	39
2.3. Estágio III – Unidade de Cuidados Intensivos	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma

APÊNDICE II – Objetivos e Atividades UCV

APÊNDICE III – Quadro de Comunicação

APÊNDICE IV – Objetivos e Atividades SU

APÊNDICE V – Objetivos e Atividades UCI

APÊNDICE VI – Sessão de Formação UCI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Registos de enfermagem.....	45
----------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relato do percurso, efetuado no contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (PSC). Tem como objetivo final demonstrar e refletir sobre as competências especializadas de enfermagem à PSC desenvolvidas durante o percurso de estágio, pelo que será alvo de discussão pública com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização da PSC.

O seu desenho visa dar resposta não só às metas pessoais e profissionais como também aos objetivos propostos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (ESEL, 2010), para este curso de mestrado, aos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), às competências comuns do EE (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011) e específicas do EE em enfermagem em PSC (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2011).

Conceito outrora pouco valorizado, devido às mudanças de paradigma que se têm vindo a sofrer ao longo dos anos, a comunicação na relação enfermeiro/doente reassume hoje um valor fundamental e torna-se objetivo estratégico na gestão dos cuidados de enfermagem. A comunicação é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre os intervenientes no processo de cuidar, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

De acordo com o *Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (2011), a comunicação torna os indivíduos mais flexíveis, contribuindo para uma maior capacidade de resolução de problemas com o aumento da possibilidade de escolhas, não podendo ser subestimada no âmbito das relações humanas. Assim, sendo que a Enfermagem também se sustenta no desenvolvimento de relações humanas, é então premente que esta temática seja objeto de estudo e de reflexão no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem.

A comunicação entre seres humanos toma diferentes formas, que são complementares. Estas formas correspondem às componentes funcionais do ser humano, na sua dimensão relacional, e desembocam nas sensações, nas emoções e na cognição. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras, trata-se da linguagem não verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, referindo-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer em cuidados de enfermagem (Phaneuf, 1995).

A comunicação em enfermagem assume um papel fundamental na prestação de cuidados, pois é através desta que o enfermeiro toma conhecimento das necessidades do doente e o compreende como um todo. Só através de uma comunicação terapêutica com o doente o enfermeiro é capaz de identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados na tentativa de o ajudar a encontrar formas de satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, ideia esta desenvolvida por Henderson (2004).

Briga (2010, p.13), citando Stefanelli (2005) diferencia a comunicação humana e terapêutica, sendo a primeira entendida “como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” e a segunda, como sendo o uso da comunicação humana com o objetivo de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas, tornando-se uma ferramenta essencial para a enfermagem.

Esta ideia da essencialidade da comunicação para o estabelecimento de relações interpessoais e de ajuda também é corroborada por Hesbeen (2000), que refere que o cuidar é a arte em que o profissional de saúde consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser e de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular, sendo que entendo aqui a comunicação englobada no saber-ser como fundamental para o estabelecimento de relações enfermeiro-doente. Esta ideia enquadra-se na forma de pensamento de Virgínia Henderson uma vez que também esta preconiza que os cuidados de enfermagem tenham como objetivo principal satisfazer um conjunto de necessidades

fundamentais, hierarquizadas de acordo com o grau de importância que estas representam para o doente, de forma a promover a autonomia do doente (Henderson, 2004).

Entendo que na prática de enfermagem a comunicação é um instrumento fundamental para o estabelecimento de relações entre o enfermeiro e o doente, sendo que é através desta que se compreendem as necessidades do outro e se torna possível a procura da satisfação das mesmas. Os significados dos fatos que ocorrem durante o processo de saúde/doença são pessoais e a forma de ir de encontro aos mesmos está dependente do estabelecimento de relações de ajuda com o doente, aspeto este corroborado por Briga (2010).

Particularmente nas unidades de cuidados intensivos (UCI), os problemas comunicacionais tornam-se evidentes quando os doentes ficam incapacitados de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal. Torna-se para estes difícil expressar emoções, sentimentos, necessidades, e serem compreendidos pelos outros, nomeadamente pelo enfermeiro. Este facto pode funcionar como um impedimento à comunicação e ao estabelecimento de relações, interferindo na qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta linha de pensamento a qualidade dos cuidados de enfermagem encontra-se dependente do estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente.

Na perspetiva de Lannbere (1995), quando as palavras não têm mais significado e o enfermeiro é confrontado com uma sensação de impotência, é ainda possível entrar num mundo complexo onde o contacto, o olhar e a expressão corporal, se tornam os únicos mensageiros de uma comunicação profunda com o doente. Hafsteindóttir (1996), diz-nos que, no processo de comunicação do enfermeiro com o doente ventilado, o desenvolvimento de uma interação de cuidar que faz parte da relação terapêutica, exige a presença plena do enfermeiro e não só a presença física. Depreende-se daqui que tem de existir o esforço do enfermeiro no sentido de compreender o doente, não só, mas também, com o objetivo de limitar as suas frustrações enquanto cuidador. Ser cuidador implica estar atento às necessidades do outro e ser competente para a satisfação das mesmas.

São várias as motivações que me levavam a ter necessidade de explorar esta área do cuidar em enfermagem. Como motivações internas é de referir que exercendo as minhas funções numa UCI e esta necessidade de estabelecer elos de

comunicação com o doente ventilado que não se consegue expressar verbalmente é uma constante, sempre com o intuito de melhorar a minha prestação de cuidados.

São vários os momentos em que se desenvolvem sentimentos de frustração tanto do enfermeiro como do doente quando a comunicação não é eficaz. Como exemplo, refiro os níveis de agitação em que os doentes ficam quando simplesmente querem saber a hora do dia ou necessitam de mudar de posição, e o enfermeiro não o compreende. Também nestas situações o próprio enfermeiro se vê incapaz de satisfazer as necessidades do doente e coloca em causa a sua capacidade de cuidar.

Entendo que, para melhorar a qualidade dos meus cuidados, seria necessário adquirir competências no que se refere à comunicação com o doente incapaz de comunicar verbalmente, uma vez que a entendo como princípio para o estabelecimento de uma relação com o outro e por conseguinte de uma relação terapêutica.

O objetivo geral da realização deste estágio foi desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à PSC, particularmente em doentes impossibilitados de comunicar verbalmente. Sendo que especificamente pretendi:

- Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, ao nível da comunicação interpessoal;
- Aprofundar conhecimentos em relação aos fatores facilitadores e inibidores da comunicação;
- Conhecer estratégias de otimização da comunicação com a PSC de forma verbal e não verbal e, adequá-las de acordo com os fatores, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos para a melhoria da prática de cuidados ao doente incapaz de comunicar verbalmente.

Neste contexto, a ambição foi atingir o nível de proficiente/perito na prestação de cuidados ao doente crítico impossibilitado de comunicar verbalmente.

Uma vez que o enfermeiro perito “já não se apoia em princípio analítico (...) apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis [sendo que] age a partir de uma compreensão profunda da

situação global” (Benner, 2001, p. 58) pretendi também desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, uma vez que é no decurso do desenvolvimento pessoal e profissional, em que estejam integrados os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência que poderemos alcançar a especialização.

No sentido de adaptar os conhecimentos à prática e objetivos propostos, os estágios foram divididos em 3 períodos. Inicialmente Unidade de Cerebrovascular, seguidamente estágio em contexto de Urgência e por fim estágio em contexto de Cuidados Intensivos, onde exerço a minha prática. Este último local de estágio teve como objetivo transferir para o meu contexto de trabalho os conhecimentos anteriormente adquiridos e as competências desenvolvidas.

Como já referido, anteriormente, como quadro de referência em enfermagem para a prática clínica desenvolvida, assim como para a elaboração deste relatório, foi considerado o modelo Teórico de Virgínia Henderson.

Este documento apresenta-se com uma introdução, onde é explanada a temática a abordar, as razões implícitas à sua escolha e as competências e objetivos a atingir; é seguido de um enquadramento teórico, onde se explora a temática abordada; posteriormente é apresentada a forma como se desenvolveu o projeto, com descrição do percurso dos estágios realizados, incluindo as atividades realizadas, as reflexões acerca das mesmas e os resultados alcançados, respeitando a cronologia pela qual se desenvolveram os diferentes estágios; e, por fim, serão apresentadas algumas considerações finais e perspetivas futuras no desenvolvimento da minha prática de cuidados.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de refletir sobre o porquê da temática escolhida e sobre os seus objetivos, procede-se ao enquadramento teórico da mesma definindo a comunicação com o doente crítico, implicações para a enfermagem e para o meu desenvolvimento enquanto enfermeiro especialista.

1.1.O Cuidar da Pessoa em Situação Crítica

Benner, Kyriakidis e Stannard, (2011, p.80) definem doente crítico como

“(...)patients who are highly unstable and whose condition could easily deteriorate into a life-threatening crisis. Nurses clinical judgment and practice for these patients involve rapid and instantaneous interventions to stabilize the patient’s physiological condition, ameliorate the cause of the problem if possible, and provide supportive technological, pharmacological, or physiological therapies that allows the body to recover. Patients require this type of nursing care when they’re just beginning to physiologically decline beyond their compensatory capabilities(...)”¹

Também a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9), definem como doente crítico aquele em que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011, p. 8656) “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Pessoa em situação crítica também é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios

¹ " ... doentes altamente instáveis e cuja condição poderia facilmente deteriorar-se numa crise que ameaça a vida. A prática dos enfermeiros e o seu julgamento clínico junto destes pacientes envolvem intervenções rápidas e instantâneas para estabilizar as condições fisiológicas dos mesmos, melhorar a causa do problema, se possível, e fornecer suporte tecnológico, farmacológicos, fisiológicos ou tratamentos que permitam que o corpo se recupere. Os pacientes exigem este tipo de cuidados de enfermagem quando estão no início do declínio fisiológico para além das suas capacidades compensatórias... "

avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

Num ambiente hostil, como as UCI, os doentes são sujeitos na maioria das vezes a tratamentos invasivos e agressivos; as suas vivências são descritas como permeadas pela solidão e desamparo, sentem-se controlados por máquinas e hesitantes diante da incerteza dos seus destinos, desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, com o desencadeamento de diferentes reações que vão desde a agitação/ansiedade, ao choro e silêncio.

Esta ideia de sofrimento do doente internado em UCI é corroborada por vários autores. Oriá, Moraes e Victor (2004) referem que os doentes se sentem muito vulneráveis, angustiados e com medo, uma vez que a ideia de morte se encontra subjacente ao internamento em UCI e os mitos e fantasias são mais do que muitos.

O cuidado holístico implica um processo de comunicação eficaz entre enfermeiro/doente de forma a reduzir estas intercorrências. Na UCI são vários os estímulos inerentes ao meio ambiente que afetam o doente ao longo das 24h, modificando-se a sua intensidade de acordo com as necessidades do doente; conjugando a esta alternância a medicação usada em ambiente de cuidados intensivos e as dificuldades sentidas na comunicação verbal, a PSC muitas vezes sofre de alucinações, desorientação, paranoia, ansiedade e agressividade - síndrome da UCI, fenómeno estudado pela primeira vez 1959-1960 (Hewitt, 2002).

Em suma, a vivência destas pessoas é permeada pela solidão e desamparo, o seu autocontrolo é substituído por múltiplos monitores e pela equipe de saúde, o que torna os torna hesitantes diante da incerteza dos seus destinos, desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, fazendo com que as suas reações variem do silêncio ao choro passando pela agitação (Zinn, Silva & Telles, 2003).

De acordo com Cintra, Nishide e Nunes (2001), estes doentes apresentam privação sensorial, barreiras físicas que os impedem de tocar o próprio corpo, não têm o contato habitual com a família, o que constitui um acréscimo à sua vulnerabilidade. Falo em vulnerabilidade uma vez que estão no seu expoente máximo de exposição ao risco, sem estratégia para dar resposta à frustração por ele causada. Estar vulnerável significa estar suscetível a sofrer danos que nos tornam mais expostos, padece-se de perda de capacidade ou de liberdade, tem-se uma reduzida gama de oportunidades de escolha de forma a aumentar o bem-estar

(Kottow, 2005).

O internamento em cuidados intensivos rompe bruscamente com o modo de viver do doente, incluindo relações e papéis. A sua identidade é afetada, dada a gravidade do seu estado clínico, acontecendo frequentemente, não ser considerado como sujeito capaz de escolher, decidir, dividir, com direito à expressão e à informação.

Nesta perspetiva, Henderson (2004) refere que será da responsabilidade dos profissionais de saúde a promoção, auxílio e facilitação das escolhas dos doentes no que se refere aos cuidados de saúde, estes podem pedir que se tomem decisões por eles, mas nunca podem sentir que estão à mercê dos outros.

Parece então essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, compreendam as dificuldades e necessidades experienciadas pelos doentes de forma a proporcionarem um cuidado voltado para as expectativas dos mesmos considerando a sua singularidade.

Oriá et al (2004), corroboram com Henderson (2004) ao definir a enfermagem em termos funcionais, sendo que a enfermeira compete assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde ou para sua recuperação, atividades estas que o mesmo executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, no entanto no seu estado torna-se impossível, ideia corroborada por Moraes, Costa, Fontes e Carneiro (2009, p.324)

“O cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus clientes, vislumbrando uma assistência de qualidade (...) pressupõe habilidade técnica do profissional de saúde no exercício de suas funções, além de competência pessoal evidenciada na capacidade de perceber e compreender o ser paciente (...) satisfazendo suas necessidades”.

Virgínia Henderson (Henderson, 2004) entende que toda a Pessoa apresenta um conjunto de necessidades hierarquizadas de acordo com o grau de importância para a sua sobrevivência. A Pessoa desenvolve-se no sentido de satisfazer as suas necessidades de forma autónoma. O objetivo dos cuidados de enfermagem é agir com a mesma até esta readquirir a sua autonomia e independência. A teórica baseia a sua conceção de Enfermagem em pressupostos que valorizam a independência sobre a dependência, considerando que a saúde tem um significado para cada

pessoa e que cada um tende a alcançar o mais alto nível de saúde; para atingir este mais alto nível de saúde, os cuidados de enfermagem devem basear-se na satisfação de 14 necessidades fundamentais (Tomey & Alligood, 2002)

E apesar de os cuidados de enfermagem serem obviamente transversais em qualquer realidade, no que se refere aos cuidados intensivos, e como referido anteriormente, este trata-se de um ambiente agressivo, com fatores externos alheios aos doentes que tornam todo o seu internamento doloroso e difícil de contornar pelo próprio, aqui o papel do enfermeiro destaca-se no sentido da promoção de cuidados de saúde que correspondam às expectativas dos doentes e tenham em conta a sua unicidade. Dai a importância da comunicação.

E se em tempos anteriores tínhamos doentes sedados, analgesiados e curarizados internados em UCI, com incapacidade de se envolverem nos seus cuidados, nos últimos anos algumas mudanças têm sido sugeridas por diferentes autores, como se refere de seguida. Métodos que possam diminuir as complicações decorrentes da utilização prolongada de sedativos e analgésicos em UCI são neste momento de ter em conta quando nos referimos a esta realidade. Destaco aqui a interrupção da sedação de forma diária que pode diminuir o tempo de ventilação mecânica (Moritz, 2005).

A interrupção diária da sedação está incorporada por cerca de 30% das UCI, a fim de avaliar a necessidade de sedativo e diminuir o tempo de ventilação mecânica, com recuperação mais rápida do estado mental, para ventilação eficaz, e a permanência na UCI. Deu-se início ao uso de protocolos como a interrupção temporária da infusão de analgésicos e sedativos até que o doente fosse capaz de dar 3-4 respostas simples ou apresentar agitação (Ogundele & Yende, 2010). Após o paciente despertar, a infusão é restabelecida de forma titulada com a dose prévia ou metade da dose prévia (Sakata, 2010).

No entanto, estes protocolos têm os seus riscos, como o receio de comprometimento respiratório ou neurológico, instabilidade cardiovascular, receio de retirada de cateteres e maior risco de auto-extubação, e da remoção de aparelhos para monitorização, angústia e manifestações de abstinência (Sakata, 2010). A agitação devida ao fato de se encontrarem mais acordados tem efeitos que contribuem para a dessincronização ventilatória, instabilidade hemodinâmica, aumento do consumo de oxigénio e também para a remoção inadvertida de

cateteres, tubos, entre outros.

Na realidade temos então, cada vez mais, os doentes internados em UCI acordados e reativos a estímulos verbais, e com maior necessidade de se envolverem nos cuidados prestados, maior necessidade de informação e de enquadramento na sua situação, pelo que a comunicação com estes doentes é primordial.

1.2.A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica

Na linha de raciocínio seguida até ao momento entende-se que o cuidar em enfermagem enfatiza a necessidade de um envolvimento relacional com o doente o que necessariamente implica a capacidade de o compreender e de compreender as suas necessidades e, portanto, de desenvolver estratégias de comunicação eficazes.

Hasfteindóttir (1996), refere que um dos principais fatores de stress para um doente submetido a ventilação mecânica é o compromisso da comunicação verbal . Num estudo, realizado pelo mesmo autor, junto de doentes que tinham sido sujeitos a ventilação mecânica, revelou que todos referiram que se lembravam perfeitamente da sua experiência de comunicação como um dos aspetos mais negativos que tinham enfrentado nessa situação. Não só pelo facto de ser difícil expressar-se como também de ser compreendido por parte dos profissionais de saúde. A impossibilidade de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal coloca o doente numa posição de desvantagem na medida em que não consegue expressar os seus sentimentos e emoções. As dificuldades de comunicação dos doentes são sentidas por todos os profissionais de saúde que, muitas vezes se socorrem uns dos outros no sentido de tentar perceber o que os doentes tentam transmitir. Também os familiares dos doentes recorrem muitas vezes aos profissionais de saúde para que estes os auxiliem a perceber o seu familiar doente.

O estudo qualitativo, referido anteriormente, realizado a doentes em unidades de cuidados intensivos, permitiu identificar que os doentes ventilados, impossibilitados de comunicar, desenvolvem sentimentos negativos, muitos deles relacionados com a dificuldade em comunicar. De acordo com Salomé e Espósito (2010), a UCI destina-se à prestação de cuidados especializados a pacientes

graves, que se encontram entubados e, tal procedimento, dificulta sua comunicação; como consequência, o paciente torna-se nervoso, stressado, agitado e com medo de se sentir incompreendido.

Numa outra perspectiva, Tigulini e Melo (2002) defendem que, sobretudo nas situações de emergência, a comunicação fica extremamente afetada tendo em conta todos os envolvidos: o profissional da saúde que *corre contra o tempo*, o doente que se encontra em situação de risco de vida e incapaz de comunicar, e a família que enfrenta o medo das consequências.

Os enfermeiros que trabalham em UCI conhecem e sentem o quanto é importante a comunicação entre enfermeiro e doente no estabelecimento de uma relação de ajuda que permita a satisfação das necessidades dos seus doentes. “Esta análise do significado das palavras, dos silêncios, das expressões e movimentos do doente, é uma constante. É uma arte fazê-lo de forma discreta que não interfira com o desenvolvimento de uma relação enfermeira-doente, natural e construtiva” (Henderson, 2004, p.9).

Torna-se necessário que sejam então desenvolvidas competências, que permitam interpretar mensagens que os doentes procuram transmitir, e minimizar todas as dificuldades de comunicação que podem decorrer de fatores de ordem física, psicológica, sociocultural ou ambiental, minimizando assim o sentimento de frustração do doente e do enfermeiro. Nessa linha de pensamento, e de acordo com Silva, Souza e Tavares (2007), a partir do momento em que a comunicação ocorre, os cuidados de enfermagem priorizam o valor do doente como ser humano, o que engloba o compreender e o ser compreendido, e assim a qualidade dos cuidados de enfermagem pode tornar-se de excelência.

O pensamento crítico, ético e holístico, implica o reconhecimento da importância da comunicação no âmbito das relações interpessoais. Reconheço que a Enfermagem não é suscetível de ser compreendida sem ter em conta esta dimensão sob pena de ver comprometido todo o processo de cuidar. O cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, mas também no sentido de ser, uma vez que é sobretudo relacional.

As competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas e versam quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do

desenvolvimento das aprendizagens sociais.

Tendo em conta o modelo de aquisição de competências, baseado em Dreyfus, e proposto por Benner (2001), na minha prática, proponho-me a compreender de maneira intuitiva cada situação. Posiciono-me assim ao nível da proficiência; apercebendo-me das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, guiando-me por máximas (Benner, 2001).

De fato para se atingir o nível de perito e de acordo com Benner (2001) é necessário percorrer os vários níveis de intervenção. A pessoa no nível de perito não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão, é capaz de compreender o problema de forma intuitiva e considerar alternativas à situação e à resposta. O perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto tal (Benner, 2001).

A interpretação de forma global e rápida dos aspetos mais importantes de um problema é uma das características dos enfermeiros experientes, não seguindo um processo segmentado de análise do processo, há a consideração de todas as variáveis de uma forma conjunta (Benner, 2001).

As intervenções do enfermeiro especialista encontram paralelo em alguns domínios dos cuidados de Enfermagem que Benner (2001) definiu, nomeadamente: a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a função de ajuda. Entendo que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

O Enfermeiro especialista, segundo o *Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011, p.8648)* é o enfermeiro

“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Ou seja, é um enfermeiro que detém competências especializadas que provém de um aprofundamento do domínio das competências do enfermeiro generalista, existe um crescente nível de diferenciação e especialização.

2.PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

O percurso de desenvolvimento de competências foi realizado em três campos de estágio: Unidade de Cerebrovascular (UCV), Serviço de Urgência (SU) e UCI polivalente, num hospital da área da grande Lisboa (Apêndice I).

A escolha da UCV prende-se com o fato de ser um serviço de internamento de doentes com alterações/patologias do foro cerebrovascular. As características dos doentes que recorrem a este serviço apresentam-se, sobretudo, como alterações do foro neurológico e consequentemente, frequentemente, alterações da capacidade de comunicação. Este aspeto implica um estudo exaustivo da função neurológica e, mais especificamente, da comunicação. O objetivo fundamental seria abordar a comunicação de forma a compreender como se processa, como é afetada, quais as manifestações subjacentes e que mecanismos utilizar de forma a colmatar os défices presentes. Posteriormente, pretendia-se transpor para o doente crítico as aprendizagens realizadas, avaliando a capacidade para comunicar, quais os mecanismos afetados e aplicar estratégias de desenvolvimento das suas capacidades remanescentes.

A escolha do SU residiu no facto de ser um serviço de urgência polivalente dando assistência a um elevado número de doentes potencialmente críticos. O fato do SU escolhido pertencer ao centro hospitalar onde exerço funções também foi uma mais-valia uma vez que permitiu compreender como chegam os doentes ao hospital, quais as intervenções em âmbito de urgência e para onde seguem na continuidade dos cuidados. Fiquei com a perspetiva do antes, durante e depois, na dinâmica dos cuidados ao doente crítico muito bem presentes no meu conhecimento.

Por fim, optei por realizar um período de estágio curto no meu contexto de trabalho, procurando sensibilizar a equipa de enfermagem para os conhecimentos adquiridos nos contextos referidos anteriormente e poder contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Para atingir os objetivos delineados, foram desenvolvidas atividades em cada um dos campos de estágio, sendo que algumas foram transversais aos três.

Em cada campo de estágio, a análise conjunta dos objetivos foi de grande importância permitindo uma adequação das atividades propostas ao contexto real.

2.1. Estágio I – Unidade de Cerebrovascular

A UCV foi o local de estágio delineado de forma a dar resposta ao tema central do meu projeto. Tinha interesse em estudar a comunicação com o doente crítico, no entanto, pretendia fazê-lo com uma abordagem diferente do habitual. Muitos são os trabalhos já realizados nesta área, como comunicar com a pessoa que não consegue comunicar devido à presença do tubo orotraqueal, que estratégias utilizar, que postura, como abordar, o que dizer, enfim, uma panóplia de informação, já por muitos estudada. Queria uma abordagem diferente, queria começar um pouco mais “atrás”, as perguntas principais seriam: tem este doente capacidade de comunicar comigo?; até que ponto me entende?; até que ponto tem capacidade de efetivamente me responder? Estas são as minhas principais preocupações.

De forma a dar resposta às minhas preocupações, foram desenvolvidos objetivos e respetivas atividades, no sentido de estruturar o trabalho a realizar e desenvolvimento de competências (Apêndice II).

A UCV caracteriza-se por ser um serviço composto por oito camas ativas podendo ter uma suplementar – maca - em situações de emergência (ex. realização de terapêutica trombolítica). A equipa de enfermagem, dirigida pela Enfermeira-Chefe tem atualmente 15 profissionais (quatro enfermeiros com a Especialidade de Reabilitação) formando equipas de dois a quatro elementos por turno. A equipa médica é constituída por médicos de medicina interna, neurologia e neurorradiologia. Também se acresce a esta equipa fisioterapeutas, assistente social, técnicos da área da neurofisiologia e terapeuta da fala, bem como assistentes operacionais.

A Unidade funciona em regime permanente, querendo isto significar que a qualquer hora do dia ou da noite a atividade assistencial está assegurada podendo ser definidas as intervenções diagnosticas e terapêuticas essenciais.

A atividade diária inicia-se pela passagem de turno entre enfermeiros e posteriormente pela reunião de serviço onde são relatadas a evolução e as ocorrências dos doentes internados e apresentados os doentes admitidos. Nesta

reunião, que conta com a participação da equipa médica (medicina interna, neurorradiologia e neurologia), de enfermagem e assistente administrativa, é definida a estratégia diagnóstica e terapêutica para cada doente. É um momento particularmente importante da atividade porque não só se definem as metodologias de atuação em relação a cada doente em concreto, mas também porque o esforço de congruência entre a visão dos vários profissionais deve constituir um momento de aprendizagem e auditoria comum, permite perceber todo o percurso do utente dentro da unidade, saber que exames auxiliares de diagnóstico lhes são prescritos e como interpretá-los. Considero uma mais-valia o trabalho de equipa aqui subjacente, uma vez que permite a partilha de informação clínica e perspetivas dos vários objetivos multidisciplinares para o doente, no sentido de lhe prestar os melhores cuidados.

Neste serviço, o doente está internado porque apresenta patologia do foro cerebrovascular, sendo que a doença cerebrovascular abrange todas as situações patológicas cerebrais originadas em disfunções no fornecimento de sangue (Smith, English, & Johnston, 2008). Apesar deste fato, a maioria dos doentes aqui internados apresentam uma situação clínica devida a Acidente Vascular Cerebral (AVC), isquémico ou hemorrágico, em fase aguda. O AVC é uma síndrome clínica caracterizada por sinais e sintomas neurológicos deficitários não convulsivos com instalação aguda e com duração superior a 24 horas, secundários à perda focal de função cerebral, causada por hemorragia espontânea ou isquemia (Tuna & Pereira, 2008). Desta forma, as alterações identificadas nos doentes são predominantemente na linguagem, sensitivas, motoras e de equilíbrio e algumas com alterações a nível da cognição.

Faço já neste ponto a referência às alterações da linguagem mencionadas e do papel importante da enfermagem de reabilitação neste sentido. Uma linguagem eficaz implica diversos processos: o desenvolvimento dos pensamentos a serem comunicados, a seleção, a formulação e a ordenação das palavras, a aplicação das regras gramaticais e o início dos movimentos musculares para produzir um discurso falado ou escrito. Na afasia, decorrente de um AVC ou outra situação patológica, muitos destes processos estão afetados. A interação com os outros e com o mundo é a nossa melhor aventura existencial. É do conhecimento geral o lugar que a fala ocupa nas inúmeras possibilidades de comunicação. Tendo em conta a crucial importância que a linguagem possui em todas as dimensões e atividades da nossa

vida (social, afetiva, profissional, intelectual, entre outros), não será difícil imaginar o impacto que a afasia provoca nas ações comunicativas, interativas e interpretativas com as quais lidamos quotidianamente e que nos conferem uma identidade e reconhecimento social.

Assim, é importante que o Enfermeiro, conjuntamente com a equipa interdisciplinar, esclareça a família/cuidador relativamente ao défice de comunicação da pessoa e as consequências que este pode produzir no seu comportamento, forneça informação relativa às formas de ajudar a pessoa e a família/cuidador a comunicar através de comportamentos de apoio e facilitadores da comunicação. O enfermeiro que é capaz de estabelecer técnicas de comunicação adequadas está mais apto a estabelecer uma relação de confiança com o doente, ideia esta corroborada por Phaneuf (2005). Riley (2004, p.26) refere que “a relação cliente/enfermeiro visa ajudar o cliente a alcançar e manter um nível ótimo de saúde”, uma vez que existe “confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação profissional”, sendo a comunicação um veículo neste sentido.

Tive a oportunidade de estar presente e de aprender com o enfermeiro especialista em reabilitação as formas de avaliação da linguagem incluídas no exame neurológico e de compreender como as alterações afetam a capacidade de comunicação dos doentes. Este constituiu de início um dos objetivos que foi alcançado com alguns doentes, em que foi possível observar e avaliar as alterações significativas da linguagem (afasia de expressão, compreensão e de nomeação) e alterações motoras que três horas após a trombólise apresentavam uma melhoria significativa. Esta intervenção implica uma avaliação sistematizada dos défices apresentados e das melhorias que ocorrem a nível de estado mental (nível de consciência, orientação, ritmo de discurso e compreensão) e da função motora e a aplicação da escala de *National Institute of Health Stroke Scale*, de acordo com o protocolo em uso no serviço.

Nos doentes com alterações da linguagem, afasia de expressão (Broca), de compreensão (Wernicke) ou mesmo globais, realizámos alguns exercícios para avaliação de défices e treino da linguagem como ler e apontar palavras e desenhos nomeados, dizer e treinar as vogais, realizar contas aritméticas simples, escrever o

nome, entre outras tarefas que permitiam exercitar o raciocínio, a percepção espacial, a linguagem falada e compreendida.

O objetivo final seria transpor para a realidade do doente que não comunica pela presença de um tubo orotraqueal a sua capacidade de comunicar.

A classificação das afasias depende então do desempenho do doente em determinados parâmetros que são avaliados através de baterias de testes. Os parâmetros a avaliar nas baterias mais comumente utilizadas são os seguintes: a fluência do discurso; a capacidade de denominação de objetos; a capacidade de repetição de palavras e a capacidade de compreensão de ordens (Leal & Pavão Martins, 2005).

O primeiro ponto de avaliação é sempre o score neurológico, avaliado através da Escala de Comas de Glasgow. Posteriormente, se esta resposta é possível, seja com movimentos da cabeça, mímica labial ou gestos, inicia-se a avaliação da linguagem que compreende quatro componentes: nomeação, repetição, compreensão e fluência do discurso. Sendo que dos quatro, o componente mais relevante para o objetivo a que me propus seria a compreensão. Existem vários tipos de testes que podem ser aplicados para o diagnóstico preciso das afasias, entre eles encontram-se: a Western Aphasia Battery (1982) de Kertesz, a Boston Diagnostic Aphasia Examination (1983) de Kaplan e a de Damásio, a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) (1973). Esta última *bateria* é uma versão revista e adaptada para Portugal da Multilingual Aphasia Examination (Casarin, Pagliarin, Koehler, Oliveira, & Fonseca, 2011).

De forma a avaliar a componente da compreensão destaca-se a seguinte forma utilizada na UCV:

- Avaliar orientação na pessoa, espaço e tempo;
- O doente observa cinco objetos;
- O doente identifica os cinco objetos;
- O doente identifica a função dos cinco objetos;
- O doente cumpre ordens simples;
- O doente cumpre ordens complexas;
- O doente responde a questões sim/não relacionadas com o próprio e com o contexto.

A partir deste ponto, e se o doente tem a compreensão mantida, devemos desenvolver estratégias de comunicação com ele, uma vez que de outra forma deixa de fazer sentido acreditar que o doente responde que “sim” ou que “não” quando sabemos que o próprio não compreende o que lhe perguntamos.

Quanto às estratégias de comunicação são várias e defendidas por muitos autores. Riley (2004), refere algumas:

O Enfermeiro deve...

- Prepara-se mental, emocional e fisicamente para assistir os doentes na resolução dos problemas de saúde;
- Ser educado na forma como se relaciona;
- Promover o conforto, bem-estar e ganhos em saúde;
- Ser competente nos cuidados requeridos, cuidando da pessoa de forma segura e eficaz;
- Elogiar e encorajar o esforço dos doentes;
- Ser paciente e compreensivo para com as reações do doente

O Enfermeiro não deve...

- Exigir ou pressionar os doentes a mudar;
- Rotular os doentes de “bons”, “maus” ou “não colaborantes”;
- Humilhar os doentes, utilizando termos técnicos que contribuam para que se sintam desprezados ou isolados;
- Ter preconceitos relativamente à raça, religião ou crenças dos doentes;
- Dissimular conhecimentos que não possui para evitar não parecer informado.

No seguimento desta ideia, Phaneuf (2005) diz-nos que a comunicação deve ser simples, utilizando termos familiares às pessoas que os escutam, o que exclui abreviaturas, siglas, termos técnicos e construções demasiado rebuscadas; clara, de maneira a que os conceitos utilizados não levem senão a uma interpretação, para evitar qualquer confusão; breve e concisa, para que o doente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca vários assuntos ao mesmo tempo; apropriada ao tempo e às circunstâncias, seleccionando-se o momento mais conveniente em função da hora do dia e do estado do doente; e adaptável às reações do doente, de modo a proporcionar uma convivência terapêutica.

De forma a facilitar a comunicação com o doente crítico desenvolvi um quadro de comunicação (Apêndice III) que tenta dar resposta às necessidades

fundamentais de uma forma mais facilitadora, uma vez que implica apenas para o doente apontar o *item*, ou que o enfermeiro determine com o doente um sinal que signifique resposta afirmativa quando este aponta os *ítems* do quadro com as necessidades.

No que se refere aos fatores facilitadores e inibidores da comunicação, foi possível identifica-los e concordar com a pesquisa bibliográfica efetuada ao longo do estágio. As características pessoais do profissional de saúde, a sua expressão facial, o tom de voz, o toque, postura, a respiração, todos estes referidos por Phaneuf (2005) foram observáveis como meios de contribuição ou impedimento do processo de comunicar. Outros fatores podem ser identificados no ambiente de UCI, os quais referirei mais adiante.

Durante o estágio também foi possível identificar formas de desenvolvimento da compreensão do doente que a apresentava afetada, nomeadamente recorrendo ao uso de voz expressiva com fáceis apropriado, utilizando frases curtas; falar pausadamente, com volume moderado, mencionando um tópico de assunto de cada vez e dar tempo para a resposta; responder a todas as formas de comunicação e tentar interpretar as tentativas do doente; assegurar regularmente que o doente está a compreender o que lhe é transmitindo; recorrer a formas alternativas de comunicação sempre que necessário e aplicar exercícios de desenvolvimento da compreensão.

No sentido de enquadrar todos estes conhecimentos no contexto da UCI, foram realizadas algumas reuniões com a professora orientadora e com a enfermeira orientadora, de forma a identificar os pontos em comum com estes doentes que não comunicam e até que ponto podem ser desenvolvidas as suas capacidades de interagir com os profissionais de saúde, de forma a melhor se identificarem as suas necessidades humanas fundamentais, para a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas reuniões demonstraram-se produtivas permitindo a troca de experiências, através do relato de situações do quotidiano com os doentes na UCV, e consolidação de todas as aprendizagens já referidas. Na realidade, estes doentes incapacitados de comunicar verbalmente, apresentam em comum com o doente EOT a impossibilidade de estabelecer comunicação verbal, bem como a dificuldade que o enfermeiro tem em perceber a

possibilidade que o doente apresenta, ou não, de entender e de responder a questões, de qualquer outra forma que não a verbal.

Um outro ponto que era objetivo deste campo de estágio, era compreender o percurso do doente com AVC dentro do circuito do hospital e a mais valia de um serviço que inicia precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação, reduzindo a incapacidade funcional e as complicações pós-AVC. Por várias vezes acompanhei a Via Verde AVC com a possibilidade de iniciar trombólise imediata a todos os doentes aos quais essa necessidade era identificada e que cumpriam com os critérios necessários à sua administração. Tomei conhecimento dos critérios para ativação da Via Verde AVC (VVAVC) bem como da articulação existente entre a UCV, o SU e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Sem dúvida todos estes aspetos uma mais valia na recuperação destes doentes a nível neurológico que era evidente muitas vezes logo nas primeiras 2h pós trombólise.

Foi um campo de estágio deveras enriquecedor, onde as aprendizagens ultrapassaram os objetivos estabelecidos a vários níveis, mas com ênfase na enfermagem de reabilitação e suas mais valias.

Inadvertidamente, a avaliação da linguagem torna-se uma mais valia na perceção da capacidade do doente compreender, e responder, às solicitações comunicacionais do mundo exterior. Em ambiente de UCI é possível proceder a esta avaliação, evitando atribuir estados confusionais a doente que efetivamente podem não ter a capacidade de compreensão mantida e logo, as suas respostas serão sempre condicionadas.

Este último aspeto referido foi também constatado em campo de estágio e deu origem à realização de um jornal de aprendizagem. Um doente em mutismo não tem capacidade motora de comunicar verbalmente, o que implica uma adaptação do enfermeiro no estabelecimento de uma comunicação efetiva com o mesmo, de forma a poder ir de encontro à satisfação das suas necessidades. Uma das experiências em estágio foi, precisamente, ter um doente que nos responde com movimentos da cabeça “sim” e “não”, aparentemente com a correta perceção do que lhes estamos a perguntar, no entanto, quando colocamos as questões de forma invertida as respostas não corresponderem. Alves (2003) defende que a comunicação entre o enfermeiro e doente pressupõe uma atitude de compreensão e ajuda ao seu semelhante no sentido de satisfação das suas necessidades.

Será interessante referir que o doente em questão apresentava uma afasia global e, de acordo com Pena-Casanova & Pamies (2005, p.78) nestas circunstâncias, “a expressão e a compreensão verbais ficam gravemente afetadas. A repetição é nula. Com frequência o paciente apresenta mutismo”. Ao realizar a avaliação da linguagem a estes doentes apercebemo-nos que a sua capacidade de compreensão não está mantida, logo as respostas eram aleatórias.

Fica a questão em ambiente de UCI: estará o doente desorientado ou terá alguma afetação neurológica que condicione este quando de incompreensão? Nos quadros de AVC, será possível determinar a afetação neurológica, em ambiente de UCI poderá não existir, no entanto parece não haver qualquer condicionante na avaliação da linguagem nestes doentes, uma vez que o objetivo final é determinar se a capacidade de compreensão existe ou não, e não a sua causa.

2.2. Estágio II – Serviço de Urgência

O SU escolhido para a realização de estágio foi um SU polivalente, “(...) nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (Despacho nº 10319/2014, 2014, 20674). A oferta de cuidados deste SU deve responder às necessidades de procura resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referência existentes apoiando os hospitais distritais da sua área de influência nas diversas especialidades diferenciadas médico-cirúrgicas que estes não possuem. Este SU tem integrado um centro de trauma, cabendo-lhe também a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave .

A imprevisibilidade e complexidade das situações clínicas, a necessidade constante de estabelecer prioridades (numa permanente avaliação dos doentes de forma a identificar os potenciais críticos) e as características específicas de cada posto de trabalho de enfermagem, tornam o SU num campo de estágio aliciante e crucial para o meu percurso de desenvolvimento de competências na avaliação, identificação, diagnóstico e intervenção junto do doente crítico.

O estágio decorreu num total de 350 horas. De forma a dar resposta às minhas preocupações, foram desenvolvidos objetivos e respetivas atividades, no sentido de estruturar o trabalho a realizar e desenvolvimento de competências (Apêndice IV).

O primeiro objetivo neste campo de estágio foi tomar conhecimento de toda a estrutura física, orgânica e funcional do SU, só assim seria possível promover um processo de integração. Foram realizadas várias atividades neste sentido, visitas aos diferentes sectores, consulta de normas, procedimentos e protocolos, através do sistema informático e da intranet da instituição e tomar conhecimento do programa informático em vigor neste SU.

A equipa multidisciplinar deste SU é constituída por uma equipa de 102 enfermeiros, dividida em 91 elementos de prestação direta de cuidados, distribuídos por cinco equipas, e 11 elementos de gestão, a distribuição dos elementos pelos diferentes sectores é realizada pelo enfermeiro chefe de cada equipa, tendo em conta os rácios normais para cada um deles; uma equipa fixa de medicina interna entre as 8h00 e as 16h00 e rotativa entre as 16h00 e as 8h00; especialidades em presença 24 horas, como a Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial; especialidades em presença até as 20h00 ficando depois em prevenção das 20h00 às 8h00, como a Gastroenterologia e Vertebro-Medular; e especialidades em presença noutro polo do centro hospitalar como a Cirurgia Vascular, a Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Cardiorádica; assistentes operacionais e assistentes administrativos. Sempre que necessário, são também solicitados outros profissionais como sendo, técnicos de análises clínicas, de imagiologia e de cardiopneumologia, assistentes sociais e médicos anestesiológicos. Este conjunto vasto de profissionais da área da saúde torna-se indispensável de forma a agilizar o cuidado ao doente, seja ele crítico ou não crítico. O objetivo é rapidamente identificar e resolver os problemas de saúde no mais curto espaço de tempo possível. No caso do doente crítico, a estabilização será sempre uma prioridade, bem como o tratamento adequado. Num SU a rede de profissionais das várias áreas terá de estar ao dispor 24h/dia no sentido de promover a mais precoce identificação de problemas e respetiva resolução.

O meu percurso de experiências foi organizado de forma a compreender de que forma os doentes têm acesso ao sistema dentro do SU. Tomei conhecimento dos vários setores, triagem, balcão de doentes triados com pulseira azul ou verde e com pulseira amarela ou laranja (de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester), salas de observação e salas de emergência (de reanimação e de trauma). Tive também oportunidade de assistir e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao doente encaminhado para a VVAVC, experiência com qual já tinha contactado aquando do estágio na UCV.

Relativamente à articulação do SU com outros serviços, destaco a VVAVC onde é dado apoio à equipa da UCV do hospital. O enfermeiro do SU desloca-se ao serviço de imagiologia onde, regra geral, já se encontra a equipa da UCV, avalia e colabora na prestação de cuidados de enfermagem. A existência de equipas intra-hospitalares de urgência para a avaliação e eventual tratamento de situações admitidas, é referida por Soares-Oliveira e Araujo (2014) como um dos pontos cruciais na implementação de sistemas de resposta integrada emergente ao acidente vascular cerebral, com o objetivo de melhorar o prognóstico modificando também os resultados clínicos. Também destaco neste ponto a articulação do SU com a VMER e com a UCI na aplicação do protocolo de hipotermia terapêutica. Vítima de paragem cardiorrespiratória com critérios de indução de hipotermia inicia este processo no pré-hospitalar (VMER) ou no SU e posteriormente é encaminhado para a UCI, também este uma valia na prestação de cuidados ao doente crítico. Um outro serviço que se encontra articulado com a VMER e SU é o serviço de hemodinâmica, no que se refere à Via Verde Coronários O doente crítico no pré-hospitalar ou na triagem que apresenta supra ou infra desnivelamento do seguimento ST no ECG e que tem critérios de intervenção percutânea/trombólise é imediatamente encaminhado para o serviço de hemodinâmica.

Destaco aqui a mais valia que representa este tipo de articulação dentro do serviço de saúde. A identificação precoce e o respetivo encaminhamento para o local mais adequado com intervenção terapêutica imediata refletem-se como uma mais valia na abordagem da PSC.

Uma vez mais identifico como sendo crucial o papel do enfermeiro na triagem de doentes, posto este que considero talvez o mais importante do SU. Trata-se da porta de entrada na instituição e do local preferencial para encaminhamento de

doentes. Neste SU o sistema de triagem utilizado é o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, que permite identificar a prioridade clínica, definindo o tempo recomendado até à primeira observação médica. As competências do enfermeiro que tria, quer a nível de conhecimentos teórico-práticos da profissão como do próprio programa de triagem, revelam-se de extrema importância. O enfermeiro mais competente e capacitado, na interpretação e avaliação, é uma mais valia no encaminhamento de doentes e o conhecimento do programa torna-se fundamental na medida em que muitas vezes necessita de ser “contornado” de forma a atribuir prioridades adequadas aos doentes. O objetivo é selecionar os doentes não em função do diagnóstico, mas sim do prognóstico. Uma vez mais, mesmo com um programa informático que supostamente identifica as necessidades dos doentes, o profissional de enfermagem necessita de todo o seu conhecimento e juízo crítico de forma a utilizá-lo da forma mais adequada.

Exercer as minhas funções na área dos cuidados intensivos fez com que as intervenções realizadas neste contexto de urgência não fossem totalmente uma novidade, sendo também algo facilitador da integração no serviço. O desafio prendeu-se sobretudo na capacidade de orientação do trabalho e de conhecimento dos doentes para assim poder prestar cuidados de enfermagem com qualidade de acordo com as necessidades dos mesmos. Uma vez mais friso aqui a importância das necessidades humanas fundamentais defendidas por Virgínia Henderson como forma de saber quem precisa do quê, em que *timing* e de que forma. No SU a imprevisibilidade é uma constante, quer na admissão dos doentes quer na própria evolução das situações. Daí a importância dos turnos que realizei na triagem e nos balcões, nestes contextos é primordial distinguir as necessidades efetivas dos doentes para os conseguir encaminhar.

Ficou desmistificada a ideia do “trabalho à tarefa” que tanto me impressionava de uma forma negativa. O enfermeiro em balcão necessita de uma capacidade de organização, memorização e identificação de potenciais doentes críticos acima da média. Na realidade realiza um processo de enfermagem mental de forma sistematizada. O enfermeiro identifica os doentes, estabelece prioridades, administra terapêutica, promove cuidados de higiene e conforto, apoia a família presente (1 visita acompanha o doente), encaminha para exames, reavalia intervenções, etc. Na realidade no meio da confusão que aparenta existir o trabalho está muito bem

organizado e de certa forma o método responsável vai existindo, no entanto, a entreajuda é fundamental. Apesar de o doente em balcão se encontrar muito suscetível e vulnerável, e sendo a vulnerabilidade um dos princípios éticos, desde a Declaração de Barcelona em 1998, com referido por Kemp e Rendtorff (2008), a sua defesa é uma das preocupações da enfermagem, de forma a garantir a dignidade destes doentes e das suas famílias nestas circunstâncias de sofrimento e angústia. As pessoas que não sabem o que têm, que estão em sofrimento e que podem não conseguir identificar a quem recorrer num contexto de caos, estão à mercê dos profissionais de saúde, que se esforçam no sentido de colmatar estas condicionantes, mas que muitas vezes não é suficiente, estas pessoas estão vulneráveis, dependem de nós. Apesar de tudo, pareceu-me que os doentes e familiares sabem quem chamar e a quem recorrer e normalmente identificam o enfermeiro que punciona o acesso venoso periférico e administra a terapêutica. Parecem perdidos, na realidade não me parecem que estejam devido ao esforço dos profissionais de saúde neste sentido.

Sendo que o maior desafio e aprendizagem surgiu em balcões, também a sala de reanimação e trauma, bem como as salas de observação, se revelaram locais de aprendizagem. Não foram novidade, no entanto a dinâmica de funcionamento é diferente da que conhecia em contexto de UCI. A experiência desenvolvida na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família na sala de emergência contribuiu para um desenvolvimento de competências na gestão de prioridades e na articulação da equipa. Em situações de grande imprevisibilidade requer-se uma intervenção imediata estando esta dependente da atuação de um conjunto de profissionais de várias áreas de intervenção que necessitam de se articular de forma a dar a melhor resposta. Neste contexto também foi possível demonstrar conhecimento sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC e/ou falência orgânica e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto. Os doentes são maioritariamente críticos, requerem vigilância mais controlada e intervenções mais imediatas, a minha frustração advém do fato de todo o doente crítico que descompensa ser encaminhado para a unidade e, portanto, no que se refere aos cuidados as aprendizagens foram relativas. A minha experiência é na estabilização da PSC e consequente tratamento. Os cuidados de enfermagem são, na sua maioria, muito semelhantes, no entanto, o trabalho

desenvolvido pela equipa médica no âmbito de UCI vai muito mais além, o que condiciona o enfermeiro nas intervenções interdependentes. De ressaltar a imprevisibilidade e o desconhecimento quase completo da situação da PSC, o que condiciona os cuidados e implica uma grande capacidade de comunicação entre a equipa, de forma a colher o máximo de dados possíveis junto do doente e /ou família, tendo em conta que estes se encontram numa situação de grande vulnerabilidade e num momento em que necessitam de mais respostas do que de perguntas. A salas de reanimação e trauma apresentaram-se assim, para mim, como sendo um local de novidade relativa, no entanto de grande reflexão, até mesmo neste sentido de comparação de experiências.

Depois de todo este percurso, uma expressão me ficou: em UCI prevemos o acontecimento e em SU resolvemos o acontecimento. Na realidade a forma como os profissionais estão despertos para o risco é bastante diferente da que estou habituada. Não se prende com rácios, não se prende com conhecimentos, prende-se com o quê?

O SU propicia, pelas características que lhe são inerentes, rotina acelerada de atendimento, intensidade de trabalho, a confrontação contínua com a morte, as ameaças constantes de perda e fracasso, potencia a despersonalização e desumanização dos cuidados prestados (Andrade, Martins, Caetano, & Beserra, 2009), prevalecendo as necessidades fisiológicas dos doentes sobre as necessidades psicológicas (Hesbeen, 2002). Este fato leva a arriscar afirmar que talvez os enfermeiros tenham maior dificuldade em criar empatia com os doentes, o que os distancia dos doentes e lhes pode retirar a capacidade de avaliação fidedigna do seu estado, de forma a prever/antecipar acontecimentos. O ambiente que se vive no SU: “com os seus fios, máquinas, perfusões, monitores, registos, exames, fazem da pessoa um aglomerado de valores, que numa primeira fase, serve muito mais para separar as pessoas do que para as unir” (Vaz, 2008, p.84).

Um aspeto importante de salientar é a presença da família nestas circunstâncias. O horário de visitas é muito reduzido, logo o tempo de contato com a família também o é, no entanto esta também é alvo de cuidados. Kolcaba (2003) refere que os profissionais de saúde podem facilitar o conforto social da família, valorizando a sua importância e inteligência. Parece-me difícil atingir estes objetivos quando os cuidados se centralizam sobretudo nos doentes. A instabilidade a eles

associada, e outros aspetos já referidos anteriormente das características do SU, levam a que estas famílias sejam colocadas um pouco à margem dos cuidados. Parece-me existir aqui alguma dificuldade na comunicação. No entanto reconheci a disponibilidade e a preocupação da equipa de enfermagem no encaminhamento da família para outros profissionais, como é o caso dos assistentes sociais, psicólogos e mesmo do capelão do hospital.

Durante a realização deste estágio a reflexão foi uma necessidade constante. “Da discussão nasce a luz”, “da reflexão nasce a luz”. Fui constantemente forçada a reconstruir o que já sabia, pressuposto este na obtenção de novo conhecimento (Sá-Chaves, citado por Santos & Fernandes, 2004). Os melhores e mais valiosos momentos de aprendizagem foram precisamente aqueles em houve oportunidade de refletir em conjunto com a tutora e com a orientadora. Ao refletir sobre uma situação conseguimos perceber falhas e sucessos, ajudando-nos muitas vezes a encontrar estratégias para melhor ultrapassá-la. A prática reflexiva, individual e/ou conjunta, incita a otimização de todo o percurso com um melhor aproveitamento das oportunidades de aprendizagem. A partilha de experiências torna-se um *brainstorming* com a construção de conhecimento que lhe é subjacente.

Outro momento que me permitiu a reflexão crítica acerca deste local de estágio foi a oportunidade de efetuar duas semanas de observação num outro SU polivalente. Como já referido, a possibilidade de estabelecer comparação entre as várias características específicas de um SU polivalente, desde o sistema informático à metodologia de trabalho, permitiu-me ter uma atitude mais crítica no que se refere ao acompanhamento da PSC. Será sempre difícil para mim determinar qual a mais eficaz/eficiente, ambas apresentam benefícios e malefícios, no entanto a capacidade de vigilância do doente parece-me ser mais eficiente no último campo de estágio, nomeadamente em balcões. Os doentes mais instáveis encontram-se junto dos profissionais de saúde, o que faz com que mais facilmente estes se apercebam das alterações significativas do seu estado geral. Um aspeto negativo derivado desta forma de organização, prende-se com o fato de o doente se encontrar um pouco mais exposto aquando das intervenções clínicas, que muitas vezes não têm local próprio para acontecerem.

2.3. Estágio III – Unidade de Cuidados Intensivos

A última fase do estágio deste Curso de Mestrado decorreu na UCI onde exerço a minha atividade profissional. Esta etapa pretendeu essencialmente iniciar o processo de sensibilização da equipa de enfermagem para a avaliação sistematizada da linguagem no doente crítico e respetiva implementação de estratégias de comunicação de acordo com os défices diagnosticados.

Esta UCI, considerada de nível III (Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, citada por, Ministério da saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2003), é por definição uma unidade polivalente, sendo capaz de assegurar, com articulação e colaboração de várias especialidades médicas e cirúrgicas, os cuidados integrais aos doentes que recebe (Benner, 2001). É constituída por 12 camas, distribuídas por seis quartos, tendo também quatro camas de cuidados intermédios, distribuídas por dois quartos. O Serviço presta também apoio a doentes internados no Centro hospitalar em que se insere ao nível de técnicas dialíticas (com uma sala específica), e da colocação de *pacemakers* provisórios (existindo também uma sala específica para a realização deste procedimento). É constituído por uma equipa médica comum, com especialistas em medicina interna e em pneumologia e a maioria com subespecialidade em medicina intensiva, exclusiva e em presença física 24 horas por dia. A equipa de enfermagem é constituída por 53 enfermeiros, 48 na prestação direta de cuidados (distribuídos por quatro equipas) e cinco na área da gestão (incluindo a enfermeira-chefe).

Este estágio decorreu num total de cerca de 50 horas. O Apêndice V descreve os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas.

Para além da sensibilização da equipa de enfermagem para a gestão eficaz da comunicação com a PSC, centrei a minha ação na área da gestão dos cuidados, reconhecendo esta área como lacunar no meu exercício profissional.

No sentido de sensibilizar a equipa de enfermagem para a comunicação com o doente crítico e mais especificamente para o desenvolvimento de novas formas de intervir junto do mesmo nesta área de cuidados, optei pela realização de uma sessão de formação (Apêndice VI). A intenção seria justificar a necessidade de todos os prestadores de cuidados de enfermagem valorizarem a comunicação com o doente crítico e compreenderem novas formas de abordagem da mesma, nomeadamente ao nível do diagnóstico das limitações do doente e da

implementação personalizada de estratégias de intervenção. Foram transmitidos os conhecimentos obtidos na sua maioria no serviço de UCV, mas também as experiências vivenciadas com a aplicação dos mesmos no contexto de SU.

Na sessão de formação estiveram presentes a professora orientadora do estágio, o enfermeiro orientador da UCI e enfermeiros do serviço. Por contingências inerentes ao serviço não foi possível a presença de um maior número de enfermeiros, pelo que ficaram agendadas novas sessões de formação. Os pares mostraram muito interesse na temática abordada, discutiram os vários pontos apresentados, refletiram sobre a forma de avaliação da linguagem apresentada (inerente ao exame neurológico) e acerca das intervenções mais adequadas ao desenvolvimento da mesma. Foi apresentado um quadro de comunicação direta visual para facilitar este processo com os doentes incapazes de comunicar verbalmente.

Existem intervenções programadas no plano de cuidados de enfermagem (linguagem CIPE) dos doentes desta UCI designadas por «otimizar a comunicação, vigiar a comunicação, supervisionar a comunicação e identificar barreiras da comunicação». Estas intervenções não apresentam qualquer outra especificação sobre que registos se devem efetuar em relação às intervenções referidas. Assim foi objetivo identificar uma forma de abordagem das mesmas:



Figura 1 – Registos de enfermagem

Assim, no decorrer deste estágio tive oportunidade de partilhar o *know-how* adquirido, esclarecendo os colegas e sensibilizando-os para a área da comunicação. Nesta partilha gostaria de enfatizar a mobilização de conhecimento adquirido na Unidade Curricular de Supervisão Clínica deste Curso de Mestrado, nomeadamente, no que diz respeito à aprendizagem em contexto de trabalho, sendo a aprendizagem experiencial e a aprendizagem informal duas modalidades de aprendizagem a intensificar.

Todo este trabalho foi desenvolvido com base na evidência científica, desta forma deu-se um outro enquadramento ao que muitas vezes é realizado de forma empírica, contribuindo para a valorização dos cuidados de enfermagem prestados.

A realização desta atividade contribuiu também para o desenvolvimento de competências na formação de pares, assumindo a minha responsabilidade de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade.

No que diz respeito à supervisão dos cuidados de enfermagem relativos a esta forma de abordagem da comunicação, com avaliação da linguagem e implementação de estratégias de intervenção específicas, será uma atividade em constante desenvolvimento na minha prática diária, exigindo também uma constante atualização dos conhecimentos nesta área.

O desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados de enfermagem tornou-se possível ao acompanhar o enfermeiro responsável do serviço por esta área e também através de duas reuniões realizadas com a enfermeira-chefe do serviço e com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço, de forma a ter conhecimento das preocupações, problemas existentes e estratégias de gestão utilizadas para os ultrapassar e também do que é exigido aos serviços na área da qualidade dos cuidados de enfermagem e a resposta que este serviço em concreto está a dar a essas mesmas exigências.

No que diz respeito à reunião com a enfermeira-chefe, esta salientou que a sua principal preocupação é que os enfermeiros disponham de tudo o que necessitam (recursos humanos e materiais) para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. No entanto, no período atual, dada a conjuntura económica, política e social isto não está a acontecer. Os recursos humanos são

escassos, existindo um déficit de 6,4 enfermeiros no serviço (de acordo com a fórmula aplicada pelo Ministério da Saúde) e os recursos materiais são também reduzidos para as necessidades, quer em número quer em qualidade. Tudo isto se reflete na insatisfação da equipa de enfermagem. Esta falta de recursos é constantemente transmitida e justificada, quer à Direção de Enfermagem quer à Administração hospitalar. De acordo com a enfermeira-chefe, a essência da gestão passa pelo planeamento, que neste momento não se consegue realizar, sendo atualmente a gestão do risco o principal objetivo traçado. Numa tentativa de colmatar, ou pelo menos minimizar a escassez de recursos humanos e a consequente insatisfação da equipa de enfermagem, foram desenvolvidas estratégias de gestão: a) passagem de cinco para quatro equipas de enfermagem (com vista a uma melhor gestão dos horários); b) trabalho desenvolvido com os enfermeiros chefes de equipa nas reuniões frequentes, em que estes transmitem as preocupações e problemas dos elementos e da própria equipa em si, sendo também ouvidas as suas sugestões de estratégias a implementar para a melhoria dos cuidados, sendo que estes elementos funcionam também como a “voz” da enfermeira-chefe para as suas respetivas equipas; c) trabalho desenvolvido com os elementos da área da gestão, que são o maior suporte da enfermeira-chefe e em quem esta delega funções; d) implementação de protocolos e a manutenção de grupos de trabalho (pré-existent à chegada desta enfermeira-chefe ao serviço), aproveitando a formação pós-graduada de cerca de 50% dos elementos da equipa de enfermagem, com o objetivo de aumentar a sua motivação e diminuir a insatisfação.

A reunião com a enfermeira responsável pela certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço foi também bastante importante no sentido de uma melhor compreensão das exigências feitas pela administração, quer da área de Urgência e Cuidados Intensivos (onde está inserido o serviço) quer do Centro Hospitalar. Todo o trabalho desenvolvido por este elemento tem por base uma norma interna do Centro Hospitalar para as UCI's, atualizada para o ano de 2015. Esta norma define critérios a cumprir pelos serviços para que a qualidade dos cuidados de enfermagem seja certificada. Define também a constituição de grupos de trabalho para diferentes áreas (monitorização das úlceras por pressão e das quedas, gestão da dor, entre outros), que depois desenvolvem normas de

procedimento com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, dando resposta aos critérios definidos. Para existir uma certificação da qualidade dos cuidados de enfermagem tem então de existir evidência de que esses critérios são cumpridos. Para isso são realizadas auditorias, por exemplo aos registos da Escala de Braden e de Morse (para a monitorização das úlceras por pressão e das quedas, respetivamente) e aos processos clínicos de onde se podem auditar diversos registos de enfermagem, certificando depois a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço. De forma a tentar motivar a equipa de enfermagem, foi decidido, desde o início do ano de 2014, a partilha dos resultados das auditorias bem como de outras monitorizações realizadas (ao nível da infeção, por exemplo), mostrando através de números o trabalho efetuado; o qual neste serviço tem vindo a ser positivo.

O fato de ter tido a oportunidade de efetuar este estágio no local onde exerço funções demonstrou-se uma mais valia. Como enfermeira generalista deste há nove anos, só agora tive conhecimento de uma série de aspetos que desconhecia por completo e que revelam a mais valia de um bom trabalho de gestão a complementar a qualidade dos cuidados de enfermagem. As reuniões supracitadas permitiram um conhecimento mais profundo e esclarecido do que está por trás daquilo que encontro na prestação direta de cuidados. Realmente as coisas “não caem do céu”, existe uma série de atividades a desenvolver por estas equipas de gestão que permitem que tenhamos ao nosso alcance tudo o que é necessário para desenvolvermos um trabalho de qualidade com os doentes. Este novo entendimento ajuda a promover mudanças no meu “eu” profissional, encontrando justificação válida para alguns aspetos do funcionamento do serviço que não compreendia ou julgava desnecessários. O desenvolvimento destas atividades, aliadas ao meu exercício profissional, funcionaram como um importante passo na aquisição de competências especializadas de enfermagem na área da gestão, definidas pela OE no quadro de competências comuns do EE. Destas competências destaco a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, obtendo ferramentas para a colaboração nas decisões da equipa. Saliento ainda a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades, tendo encontrado nestas reuniões alicerces adequados para uma melhor fundamentação dos métodos de organização do trabalho, para uma correta avaliação de riscos na prestação de

cuidados e para uma eficiente utilização de recursos promovendo a qualidade dos cuidados

A referir que estando eu no momento a iniciar funções de chefia de equipa, todos estes aspetos vieram melhorar a minha visão do serviço, da equipa multidisciplinar, dos recursos aos vários níveis e da importância de os saber gerir da melhor forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre os intervenientes no processo de cuidar, como pelo facto de constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

Entendo que a comunicação torna os indivíduos mais flexíveis contribuindo para uma maior capacidade de resolução de problemas com o aumento da possibilidade de escolhas, não podendo ser subestimada no âmbito das relações humanas.

Só através de uma comunicação terapêutica com o doente o enfermeiro é capaz de identificar os seus problemas, com base na sua própria atribuição de significados na tentativa de o ajudar a encontrar formas de satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, ideia esta desenvolvida por Henderson (2004).

Os significados dos fatos que ocorrem durante o processo de saúde/doença são pessoais e a forma de ir de encontro aos mesmos, está dependente do estabelecimento de relações de ajuda com o doente, aspeto este corroborado Briga (2010).

Particularmente em UCI's os problemas comunicacionais tornam-se evidentes quando os doentes ficam incapacitados de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal. Torna-se, para estes, difícil expressar emoções, sentimentos, necessidades e serem compreendidos pelos outros, nomeadamente pelo enfermeiro. Este facto pode funcionar como um impedimento à comunicação e ao estabelecimento de relações, interferindo na qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta linha de pensamento a qualidade dos cuidados de enfermagem encontra-se dependente do estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente.

Oriá et al. (2004) referem que os doentes se sentem muito vulneráveis, angustiados e com medo, uma vez que a ideia de morte se encontra subjacente ao internamento em UCI e os mitos e fantasias são mais do que muitos. Com as limitações comunicacionais que estes doentes têm o nível de ansiedade e angústia

subjacentes ao internamento encontram-se ainda mais exacerbados, uma vez que a capacidade de expor necessidades se encontra ainda mais condicionada.

A interpretação de forma global e rápida dos aspetos mais importantes de um problema é uma das características dos enfermeiros experientes, não seguindo um processo segmentado de análise do processo, há a consideração de todas as variáveis de uma forma conjunta (Benner, 2001).

No que se refere especificamente à comunicação, foi possível depreender que é transversal em todas as realidades e fundamental na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Existe uma diferença razoável entre a comunicação enfermeiro/doente nos diferentes contextos, que é afetada por vários fatores, no entanto sempre imprescindível, no sentido de satisfazer as necessidades do doente.

O estagio na UCV foi uma mais valia na obtenção de conhecimentos relativos à área da reabilitação e nomeadamente avaliação da linguagem, numa perspetiva de melhor interpretar o doente em UCI e melhor adequar estratégias de comunicação com o mesmo.

Por sua vez, o estágio realizado no SU possibilitou o desenvolvimento de competências relativas ao cuidar do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e à assistência ao doente/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Desenvolvi competências sobretudo ao nível da comunicação/relação interdisciplinar, conhecimentos científicos e capacidade de gestão dos cuidados ao doente crítico, de forma a estabelecer as prioridades adequadas e objetivos comuns à equipa.

Ter realizado estágio em diferentes contextos possibilitou tomar contato com diferentes realidades, adequar/adaptar conhecimentos e desenvolver competências de uma forma mais enriquecedora. De referir aqui de extrema relevância a experiência em balcões e a forma com o processo de avaliação da PSC se desenvolve neste contexto. Também gostaria de salientar o privilégio de conhecer dois SU distintos, o que tornou possível estabelecer paralelos entre os mesmos e reflexões mais aprofundadas e fundamentadas acerca da forma de funcionamento desta porta de entrada do utente no sistema de saúde.

Entendo que atingi os objetivos propostos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (ESEL, 2010), para este curso de mestrado, as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e

as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, de forma a poder obter o grau de Mestre na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, e, posteriormente, a creditação do grau de especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Analisando os objetivos a que me propus, entendo que os mesmos foram atingidos no sentido da obtenção de competências comuns e competências específicas na área de especialização em enfermagem à PSC, particularmente ao doente incapaz de comunicar verbalmente. Toda a seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, as reflexões e discussões sobre os diferentes contextos e respetivas formas de funcionamento, a demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem, a par da consciência crítica para os problemas atuais da disciplina, a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a mobilização de padrões de conhecimento para a *práxis* clínica, a prestação de cuidados ao doente em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, a aplicação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências de autoaprendizagem, foram objetivos atingidos na sua amplitude.

No que se refere ao local onde exerço a minha *práxis*, tornei-me num elo de ligação no que se refere às estratégias de comunicação com a PSC, os pares demonstram aderência às alterações implementadas a nível de cipe/sape, o que se apresenta como um fator facilitador da comunicação com os doentes.

Será sempre do meu interesse pessoal contribuir para o desenvolvimento de competências na área dos cuidados de enfermagem, nomeadamente à PSC. Perspetivo este desenvolvimento de competências como um contributo para a evolução da profissão em si, desenvolvendo intervenções no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, com momentos de formação formal e informal, procurando igualmente influenciar a prática dos meus pares impulsionando-os a desenvolver estratégias nas diversas áreas do cuidar, por forma a uma maior valorização da profissão e desenvolvimento pessoal e profissional.

Numa outra perspetiva de avaliação de todo este percurso, identifico algumas dificuldades sentidas, nomeadamente ao nível da gestão de tempo, motivação para o desenvolvimento de todo este percurso e desenvolvimento pessoal a nível das tecnologias da informação foram, no entanto, uma forma de me capacitar para o desconhecido e para o desafio pessoal, atingindo um maior nível de perícia. Na

realidade, o trabalho por mim desenvolvido apresentou-se como uma novidade em toda a pesquisa bibliográfica que efetuei, o que se mostrou uma mais valia no sentido de desenvolver a minha capacidade de investigação, mas também um constrangimento por não ter como recorrer a experiências semelhantes quando as dúvidas surgiam.

Desejo que este documento funcione como mais um contributo para a intervenção do enfermeiro junto da PSC no sentido de valorizar e adequar estratégias de comunicação com o doente incapaz de comunicar verbalmente. Entendo que muito trabalho há ainda a desenvolver, no que se refere à aplicação das sugestões em ambiente de UCI, seria interessante proceder a um estudo, acerca da eficácia da avaliação da linguagem na PSC EOT e respetivos constrangimentos e mais valias. Quiçá ficará para um próximo passo no meu desenvolvimento académico e profissional.

Chun e Shon (2010) realizaram um trabalho de aplicação de Comunicação Suplementar/Alternativa (CSA) por dois anos com pacientes que apresentavam dificuldades linguísticas e tipos variados de afasias. Segundo as autoras, “a CSA trata-se de abordagem clínico-educacional que visa, de forma temporária ou permanente, apoiar, complementar, suplementar/melhorar ou substituir as formas de produção e interpretação verbal de sujeitos não falantes ou com dificuldades de linguagem” (Chun & Shon, 2010, p. 358). Seria um trabalho interessante a desenvolver na UCI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. M. de A. (2003). *A Importância da comunicação no cuidar do idoso*. Universidade do Porto.
- Andrade, L., Martins, E., Caetano, J., & Beserra, E. (2009). Humanized care at hospital emergency services according to companions. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 11(1), 151–157.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Q. Editora, Ed.).
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. (A. Graubard, Ed.) (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Briga, S. C. P. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectiva de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar.
- Casarin, F. S., Pagliarin, K. C., Koehler, C., Oliveira, C. R. De, & Fonseca, R. P. (2011). Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. *Revista CEFAC*, 13(5), 917–925.
- Chun, R., & Shon, Y. (2010, December). Processos de significação de afásicos usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(4), 598–603.
- Cintra, E., Nishide, J., & Nunes, W. (2001). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo* (2ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu Rio.
- Despacho nº 10319/2014. Despacho nº 10319/2014, Diário da República, 2ª série - Nº 153 de 11 de Agosto 20673–20678 (2014). Portugal.
- Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin [em linha]. *Direcção Geral do Ensino Superior Web site*. Acedido a 16/11/2014. Retirado de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- ESEL. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa.
- Hafsteindóttir, T. (1996). Patient's experiences of communication during respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 261–271.
- Henderson, V. (2004). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante* (2^a ed.). France: Masson.
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11(575-584).
- Kemp, P., & Rendtorff, J. (2008). The Barcelona Declaration. Towards an integrated approach to basic ethical principles. *Synthesis Philosophica*, 46(2), 239–251. <http://doi.org/10.1080/13629399708414610>
- Kolcaba, K. (2003). *Confort Theory and Practice* (1^a ed.). New York: J. Hurkin-Torres.
- Kottow, M. (2005). Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In F. R. . Schramm, S. . Rego, M. Braz, & M. Palácios (Eds.), *Bioética: Riscos e proteção* (pp. 29–44). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lannbere, M. N. (1995). Le toucher au coeur des soins. *Révue de L'Infirmière*, 13.
- Leal, G., & Pavão Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 359–364.
- Ministério da saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Morais, G. S., Costa, S. F. G., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 323–327. doi:10.1590/S0103-21002009000300014
- Moritz, R. D. (2005). Sedação e analgesia em UTI: velhos fármacos - novas tendências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 17(1), 52–55.
- Ogundele, O., & Yende, S. (2010). Pushing the envelope to reduce sedation in critically ill patients. *Critical Care*, 14(6), 1–2. doi:10.1186/cc9339
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010).
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Oriá, M. O. B., Moraes, L. M. P., & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 292–297.
- Pena-Casanova, J., & Pamies, M. P. (2005). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. (Manole Ltda., Ed.) (2^a ed.). Barueri, São Paulo.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda. Elemento de Competência da Enfermeira*.

- Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º35 - 18 de Fevereiro de 2011 (2011).
- Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011).
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sakata, R. K. (2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60(6), 653–658.
- Salomé, G. M., & Espósito, V. H. C. (2010). A comunicação durante a assistência ao paciente entubado internado em unidade de terapia intensiva: a vivência dos alunos de graduação em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 7, 15–19.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59–62.
- Silva, R. M. de O., Souza, J. G., & Tavares, J. L. (2007). Comunicação entre enfermeira e paciente na unidade de tratamento intensivo. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 55–63.
- Smith, W. S., English, J. D., & Johnston, S. C. (2008). Cerebrovascular Diseases. In A. s. Fauci, D. L. Kasper, E. Braunwald, S. Hauser, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principals of internal medicine* (17th ed., pp. 2513–2514). Philadelphia: McGraw, Hill.
- Soares-Oliveira, M., & Araujo, F. (2014). Implementation of a regional system for the emergency care of acute ischemic stroke: Initial results. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(6), 329–335.
- Tigulini, R. D. S., & Melo, M. R. A. da C. (2002). A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. São Paulo: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing theorists and their work* (5ª ed.). Saint Louis, Missouri: Mosby, Inc.

- Tuna, A., & Pereira, J. (2008). Acidente vascular cerebral agudo. In A. Tuna & J. Pereira (Eds.), *Curso de evidência na emergência - manual de fundamentos* (pp. 319–328). Porto: Multitema.
- Vaz, C. R. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Universidade Aberta.
- Zinn, G. R., Silva, M. J. P., & Telles, S. C. R. (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 326–332.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma 3º Semestre

Cronograma 3º Semestre

		Set/Out/Nov 2014					Novembro 2014				Dezembro 2014				De				Fevereiro 2015		
Semana	Campo de Estágio	29 a 5	6 a 12	13 a 19	20 a 26	27 a 2	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 30	1 a 7	8 a 14	15 a 21	22 a 28	29 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 1	2 a 8	9 a 15
	Unidade de Cérebro Vasculares (HSJ)																				
	Serviço de Urgência (HSJ)																				
	Unidade de Urgência Médica (HSJ)																				
	Implementação das atividades para concretizar objetivos																				
	Elaboração do Relatório de estágio																				
	Orientação Tutorial																				

Campo de Estágio	Horas de Estágio
UCV	125 horas
SUP	325 horas
UCI	50 horas

APÊNDICE II

Objetivos e Atividades UCV

Quadro 1 – Objetivos e atividades UCV

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Unidade de Cerebrovascular, particularmente no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;• Tomar conhecimento da constituição e organização da equipa de saúde, com particular incidência na equipa de Enfermagem;• Compreender o papel do enfermeiro na Via Verde AVC enquanto emergência (doente neuro-crítico);• Identificar competências da equipa de saúde de gestão de tempo e dinamização da resposta, com estabelecimento de prioridades, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ao nível da comunicação interpessoal;• Identificar as dinâmicas das equipas de saúde na prestação de cuidados à pessoa incapaz de comunicar verbalmente;• Identificar o percurso da pessoa internada no serviço de Unidade de Cerebrovascular;• Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, ao nível da comunicação interpessoal;• Desenvolver competências de gestão de tempo e dinamização da resposta com identificação de prioridades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto do serviço de Unidade de Cérebro Vascular;• Desenvolver competências no estudo da linguagem;• Identificar fatores facilitadores e inibidores da comunicação;• Compreender como transportar os conhecimentos obtidos para a Unidade de urgência médica;• Identificar atividades de gestão da Unidade de Cerebrovasculares no que se refere à gestão de cuidados do doente crítico.	<ul style="list-style-type: none">- Integrar a equipa Multidisciplinar da UCV (conhecer a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e método e distribuição do trabalho);- Visita guiada à UCV, consulta de protocolos, normas e procedimentos e, projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;- Conhecimento dos objetivos do serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;- Observação e colaboração nas intervenções de enfermagem desenvolvidas na UCV, procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos;- Prestar de cuidados de enfermagem à família/pessoa significativa;- Prestar de cuidados ao doente com AVC e observar o seu percurso dentro do sistema (Via Verde);- Identificar estruturas envolvidas na avaliação da linguagem;- Identificar etapas de avaliação da linguagem;- Conhecer estratégias de comunicação e adequá-las de acordo com os fatores;- Validação do projeto com o orientador;- Reuniões formais e informais com o orientador e com outros peritos da equipa interdisciplinar;- Revisão da literatura continua sobre a comunicação com doentes incapazes de comunicar verbalmente;- Reflexão: como interfere a comunicação na qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de AVC;- Acompanhar o enfermeiro responsável nas atividades de gestão de cuidados na Unidade de Cerebrovasculares.

APÊNDICE III

Quadro de Comunicação

FALAR COM...

•FAMÍLIA
•ENFERMEIRO
•MÉDICO
•DIETISTA
•FISIOTERAPEUTA
•PADRE

PRECISO DE...

•ASPIRAR
•FALAR COM...
•SENTAR
•DEITAR
•VIRAR
•LEVANTAR
CABECEIRA
•LEVANTAR PÉS
•URINAR
•EVACUAR
•SABER...
•LER
•ESCREVER
•OUVIR MÚSICA
•SILÊNCIO
•APAGAR LUZES

QUADRO DE COMUNICAÇÃO

PERGUNTAS...

•QUE HORAS SÃO?
•O QUE ME ACONTECEU?
•ONDE ESTOU?
•PORQUÊ?
•HÁ QUANTO TEMPO?
•E AGORA?
•COMO?
•VOU MORRER?

SIM

NÃO

SINTO...

•SONO
•CALOR
•FRIO
•SEDE
•FOME
•DOR
•NÚSEAS
•VÔMITOS
•TONTURAS
•TRISTEZA
•ANSIEDADE
•CANSAÇO
•MEDO

ESCALA DE DOR

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

DIA DA SEMANA

SEGUNDA- FEI RA
TERÇA- FEI RA
QUARTA- FEI RA
QUI NTA- FEI RA
SEXTA- FEI RA
SÁBADO
DOMI NGO

MÊS

JANEI RO
FEVEREI RO
MARÇO
ABRI L
MAI O
JUNHO
JULHO
AGOSTO
SETEMBRO
OUTUBRO
NOVEMBRO
DEZEMBRO

NÚMEROS

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

LETRAS

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

APÊNDICE IV
Objetivos e Atividades SU

Quadro 2 – Objetivos e atividades SU

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência, particularmente no que diz respeito à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;• Tomar conhecimento da constituição e organização da equipa de saúde, com particular incidência na equipa de Enfermagem;• Identificar as dinâmicas das equipas de saúde na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;• Identificar o percurso da pessoa em situação crítica no contexto de urgência;• Identificar recursos na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica;• Identificar competências da equipa de saúde de gestão de tempo e dinamização da resposta, com estabelecimento de prioridades, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de urgência;• Desenvolver competências de gestão de tempo e dinamização da resposta com identificação de prioridades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, no contexto de urgência;• Identificar competências na equipa de saúde na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica ao nível da comunicação interpessoal;• Aplicar os conhecimentos obtidos no campo de estágio UCV, no que se refere à aplicação de algumas estratégias de comunicação com a pessoa incapaz de comunicar verbalmente;• Identificar atividades de gestão do SU no que se refere à gestão de cuidados do doente crítico.	<ul style="list-style-type: none">- Integrar a equipa Multidisciplinar do SU (conhecer a constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e método e distribuição do trabalho);- Visita guiada ao SU, consulta de protocolos, normas e procedimentos e, projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;- Conhecimento dos objetivos do serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;- Observação e colaboração nas intervenções de enfermagem desenvolvidas no SU, procurando novas situações de aprendizagem com vista a consolidar conhecimentos;- Prestar cuidados de enfermagem à família/pessoa significativa;- Identificar o percurso do doente crítico, desde a triagem até ao SO ou transferência para a UCI e participar na prestação de cuidados;- Validação dos objetivos e atividades com o orientador;- Revisão da literatura continua sobre o doente crítico no contexto de SU;- Reflexão: como interfere a comunicação na qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência;- Acompanhar o enfermeiro responsável nas atividades de gestão de cuidados no SU.

APÊNDICE V

Objetivos e Atividades UCI

Quadro 3 – Objetivos e atividades UCI

Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão eficaz da comunicação com o doente crítico;• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da comunicação com o doente incapaz de comunicar verbalmente;• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a identificação de estratégias de comunicação com os doentes em contexto de UCI;• Identificar atividades de gestão da UCI no que se refere à gestão de cuidados do doente crítico.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar ação de formação aos enfermeiros da UUM acerca da importância da comunicação com o doente incapaz de comunicar verbalmente, identificar fatores inibidores e facilitadores da comunicação em contexto de UCI, identificar formas de avaliação da linguagem dos doentes incapazes de comunicar verbalmente, identificar estratégias de comunicação com os doentes em contexto de UCI.;- Acompanhar o enfermeiro responsável nas atividades de gestão de cuidados na UCI.

APÊNDICE VI
Sessão de Formação UCI



COMUNICAÇÃO COM O DOENTE INCAPAZ DE COMUNICAR
VERBALMENTE –UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE
ENFERMAGEM

Mestranda: Irina Silva nº 5515

Tutora e Coordenadora: Professora Cândida Durão

Orientador do local de estágio: Enfermeiro Paulo Baltazar

Março
2015



Objetivo Geral

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a
otimização da comunicação com o doente em
situação crítica incapaz de comunicar
verbalmente.



Objectivos Específicos

- Compreender a problemática da comunicação com o doente em situação crítica incapaz de comunicar verbalmente;
- Identificar as componentes no estudo da linguagem;
- Identificar fatores facilitadores e inibidores da comunicação;
- Identificar estratégias de otimização da comunicação com o doente em situação crítica de forma verbal e não verbal.

PROBLEMÁTICA



“Na **COMUNICAÇÃO** há o envolvimento do comportamento recíproco entre as pessoas que estão se relacionando, o que significa que não existe um fluxo de comportamento numa só direção.”

(Mendes, 1994)

“A comunicação é parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes, é o próprio remédio.”

(Rebecca Bebb)

UCI doentes
entubados
oro-traquealmente e
portanto
incapacitados de
comunicar
verbalmente

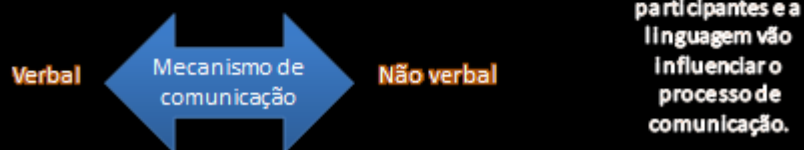


- Impacto na relação estabelecida com os intervenientes
- Impacto na Qualidade dos Cuidados

COMUNICAÇÃO

Pretende:

- Que a relação entre o emissor e o receptor seja bilateral;
- Que a mensagem seja recebida como portadora de um significado e portanto conduzir a um acto cognitivo;
- Que haja flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental.



ENFERMAGEM



- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ☐ Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde:
- Conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação para a pessoa em situação crítica;
- Conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com barreiras à comunicação;
- Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica .

OE, 2010

**PAPEL DO
ENFERMEIRO**



RELAÇÃO DE AJUDA

DOENTE COM TUBO TRAQUEAL

Avaliação do estado de Consciência:

Escala de Comas de Glasgow



O Enfermeiro está atento e adapta-se comunicativamente ao nível de consciência do doente e à sua capacidade de cooperação.

ECG 3-7 – Coma profundo/intermédio

Intervenções:

- Tratar o doente pelo nome;
- Apresentar-se;
- Informar o doente das intervenções;
- Transmitir segurança e conforto.

ECG superior a 8

Doente com capacidade de alguma forma de resposta

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA/AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Componentes:



- ❖ Nomeação
- ❖ Repetição
- ❖ Compreensão
- ❖ Fluência do discurso

AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM

Nomeação: Doente identifica 5 objetos → Registo: em 5 identifica ..

Repetição: Doente nomeia 5 objetos → Registo: em 5 identifica ..

Fluência do discurso: → Registo:
Presente/Ausente

COMPREENSÃO - AVALIAÇÃO

- Avaliar orientação na pessoa, espaço e tempo;
- O doente observa 5 objetos;
- O doente identifica os 5 objetos;
- O doente identifica a função dos 5 objetos;
- O doente cumpre ordens simples;
- O doente cumpre ordens complexas;
- O doente responde a questões sim/não relacionadas com o próprio e com o contexto.

COMPREENSÃO - DESENVOLVIMENTO

Enfermeiro deve...

- Utilizar voz expressiva com fáceis apropriado;
- Usar frases curtas, falar pausadamente com volume moderado;
- Mencionar um tópico de assunto de cada vez e dar tempo para a resposta;
- Responder a todas as formas de comunicação e tentar interpretar as tentativas do doente;
- Assegurar-se regularmente que o doente está a compreender (sumaria e repete);
- Recorrer a formas alternativas de comunicação;
- Aplicar exercícios de desenvolvimento da compreensão.

FACILITADORES E INIBIDORES DA COMUNICAÇÃO

- Sobrecarga de trabalho (falta de tempo);
- Rotina de trabalho em relação a interação com o doente;
- Exclusão (Inclusão da família no processo de cuidar; (Santos e Silva, 2006)
- Medo do desconhecido;
- Ansiedade e incertezas; (Alfaíate, Silva e Matos, 2009)
- Limite dos sentidos da pessoa cuidada;
- Diferenças culturais (usos e costumes);
- Valores, religião e espiritualidade;
- Preconceitos e estereótipos sociais; (Phaneuf, 2005)
- Ambiente (Alves, 2003)

Facilitadores e Inibidores da Comunicação

- Características Pessoais - Aparência/personalidade
- A expressão facial - nomeadamente os olhos, contato visual
- A postura, a marcha os gestos - pode transmitir ideias por vezes difíceis de serem descritas por palavras
- O toque - transmite afecto, apoio emocional, encorajamento e atenção pessoal (este é controlado por normas sócio-culturais e o seu uso exige que seja aceite pela pessoa a ser tocada)
- A voz
- A respiração
- O silêncio

(Phaneuf, 2005)

“Os enfermeiros que comunicam eficazmente estão mais aptos a estabelecer uma relação de confiança com o doente. Uma comunicação eficaz é essencial para que a relação entre enfermeiro/doente seja válida, constituindo assim uma das competências essenciais a serem desenvolvidas”

(Almeida e Silva, 2008).

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

O Enfermeiro deve...

- Preparar-se mental, emocional e fisicamente para assistir os doentes na resolução dos problemas de saúde;
- Ser educado na forma como se relaciona;
- Promover o conforto, bem-estar e ganhos em saúde;
- Ser competente nos cuidados requeridos, cuidando da pessoa de forma segura e eficaz;
- Elogiar e encorajar o esforço dos doentes;
- Ser paciente e compreensivo para com as reacções do doente.

(Riley, 2004)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

O Enfermeiro não deve...

- Exigir ou pressionar os doentes a mudar;
- Rotular os doentes de “bons”, “maus” ou “não colaboradores”;
- Humilhar os doentes, utilizando termos técnicos que contribuam para que se sintam desprezados ou isolados;
- Ter preconceitos relativamente à raça, religião ou crenças dos doentes;
- Dissimular conhecimentos que não possui para evitar não parecer informado.

(Riley, 2004)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação deve ser...

- Simples – termos familiares às pessoas que os escutam, o que exclui abreviaturas, siglas, termos técnicos e construções demasiado rebuscadas;
- Clara - de maneira a que os conceitos utilizados não levem senão a uma interpretação, para evitar qualquer confusão;
- Breve e concisa - para que o doente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca vários assuntos ao mesmo tempo;
- Apropriada ao tempo e às circunstâncias - seleccionando-se o momento mais conveniente em função da hora do dia e do estado do doente;
- Adaptável às reacções do doente - de modo a proporcionar uma convivência terapêutica.

Phaneuf (2005)

COMUNICAR COM O DOENTE CRÍTICO

- Desenvolver formas que possam facilitar o processo de comunicação, auxiliando na **compreensão** do doente, dado que muitos ficam impossibilitados de se expressar verbalmente;
- Estar atento não só a linguagem verbal, mas principalmente ao que pode ser manifestado de forma não verbal, por meio da linguagem corporal, expressando sentimentos e necessidades;
- Considerar a desorientação espaço-temporal desencadeada pela própria situação clínica (1º ajudar o doente orientar-se, informando-o o local em que se encontra, o dia, a hora);
- Considerar que, mesmo quando a pessoa não consegue articular a palavra, ela pode ser compreendida;
- Informar o doente sobre todos os procedimentos a que será submetido e perceber o que foi compreendido.

Lucena e Crossetti (2004)

Ferreira e Miranda (2007)

O QUE AFETA A COMUNICAÇÃO NA UCI

- Informações nem sempre compreendidas;
- A gravidade do doente;
- A própria dinâmica e espaço físico;
- O grau de desconhecimento pelo profissional de saúde da evolução clínica do doente;
- Desconhecimento do modo de ser e perceber do doente;
- Dificuldades que são inerentes ao próprio profissional;
- O constrangimento, a insegurança, o uso de uma linguagem técnica, o fornecimento de informações superficiais;
- A abordagem mais formal e prudente do doente e família.

Santos e Silva (2006)

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO NA UCI

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| • Atitude corporal; | • Causas psicológicas; |
| • Ideias pré-concebidas; | • Causas sociais; |
| • Percepções e interpretações; | • Causas químicas; |
| • Grau de escolaridade; | • Causas ambientais; |
| • Significados pessoais; | • Causas orgânicas. |
| • Motivação e Interesse; | (Moreira, Moleiro e Tomás, 2000) |
| • Ausência de habilidade de comunicação; | |
| • Emoções e estado de ânimo; | • Presença de TOT/traqueotomia |
| • Clima, idioma, traqueotomia, entubação e
distúrbio da consciência. (Cintra et al., 2003) | • Score ECG |

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA UCI

NÃO VERBAIS

- Manter o contato físico (mãos, braços, ombro)
- Expressão facial
- Atitude corporal
- Aparência física adequada

Permitir...

- Expressão de sensações, emoções e sentimentos;
- Confirmação para apoiar as palavras;
- Manutenção da auto-imagem
- Estabelecimento e manutenção de laços significativos com os outros.

(Phaneuf, 2005)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA UCI

VERBAIS

- Promover a empatia;
- Promover um ambiente de interação;
- Repetir a informação sempre que necessário;
- Certificar que a informação foi compreendida;
- Saber ouvir/incentivar a comunicação do outro;
- Tom de voz adequado, ser sincero;
- Disponibilizar tempo e colocar-se à disposição;
- Discurso consistente;
- Ficar atento às reações;
- Sugerir a colaboração da família;
- Evitar eufemismos;
- Utilizar alternativas de comunicação como a escrita, linguagem gestual, computadores, imagens,...

Quadro de Comunicação

QUADRO DE COMUNICAÇÃO																			
FALAR COM... <ul style="list-style-type: none">•FAMÍLIA•ENFERMEIRO•MÉDICO•DIETISTA•FISIOTERAPEUTA•PADRE	PRECISO DE... <table><tbody><tr><td>•ASPIRAR</td><td>•LEVANTAR</td><td>•LER</td></tr><tr><td>•FALAR COM...</td><td>CABECEIRA</td><td>•ESCREVER</td></tr><tr><td>•SENTAR</td><td>•LEVANTAR PÉS</td><td>•OUVIR MÚSICA</td></tr><tr><td>•DEITAR</td><td>•URINAR</td><td>•SILÊNCIO</td></tr><tr><td>•VIRAR</td><td>•EVACUAR</td><td>•APAGAR LUZES</td></tr><tr><td></td><td>•SABER...</td><td></td></tr></tbody></table>	•ASPIRAR	•LEVANTAR	•LER	•FALAR COM...	CABECEIRA	•ESCREVER	•SENTAR	•LEVANTAR PÉS	•OUVIR MÚSICA	•DEITAR	•URINAR	•SILÊNCIO	•VIRAR	•EVACUAR	•APAGAR LUZES		•SABER...	
•ASPIRAR	•LEVANTAR	•LER																	
•FALAR COM...	CABECEIRA	•ESCREVER																	
•SENTAR	•LEVANTAR PÉS	•OUVIR MÚSICA																	
•DEITAR	•URINAR	•SILÊNCIO																	
•VIRAR	•EVACUAR	•APAGAR LUZES																	
	•SABER...																		
PERGUNTAS... <ul style="list-style-type: none">•QUE HORAS SÃO?•O QUE ME ACONTECEU?•ONDE ESTOU?•PORQUÊ?•HÁ QUANTO TEMPO?•E AGORA?•COMO?•VOU MORRER?	<table><tbody><tr><td>SINTO...<table><tbody><tr><td>•SONO</td><td>•DOR</td><td>•ANSIEDADE</td></tr><tr><td>•CALOR</td><td>•NÚSEAS</td><td>•CANSAÇO</td></tr><tr><td>•FRIO</td><td>•VÔMITOS</td><td>•MEDO</td></tr><tr><td>•SEDE</td><td>•TONTURAS</td><td></td></tr><tr><td>•FOME</td><td>•TRISTEZA</td><td></td></tr></tbody></table></td><td>SIM</td><td>NÃO</td></tr></tbody></table>	SINTO... <table><tbody><tr><td>•SONO</td><td>•DOR</td><td>•ANSIEDADE</td></tr><tr><td>•CALOR</td><td>•NÚSEAS</td><td>•CANSAÇO</td></tr><tr><td>•FRIO</td><td>•VÔMITOS</td><td>•MEDO</td></tr><tr><td>•SEDE</td><td>•TONTURAS</td><td></td></tr><tr><td>•FOME</td><td>•TRISTEZA</td><td></td></tr></tbody></table>	•SONO	•DOR	•ANSIEDADE	•CALOR	•NÚSEAS	•CANSAÇO	•FRIO	•VÔMITOS	•MEDO	•SEDE	•TONTURAS		•FOME	•TRISTEZA		SIM	NÃO
SINTO... <table><tbody><tr><td>•SONO</td><td>•DOR</td><td>•ANSIEDADE</td></tr><tr><td>•CALOR</td><td>•NÚSEAS</td><td>•CANSAÇO</td></tr><tr><td>•FRIO</td><td>•VÔMITOS</td><td>•MEDO</td></tr><tr><td>•SEDE</td><td>•TONTURAS</td><td></td></tr><tr><td>•FOME</td><td>•TRISTEZA</td><td></td></tr></tbody></table>	•SONO	•DOR	•ANSIEDADE	•CALOR	•NÚSEAS	•CANSAÇO	•FRIO	•VÔMITOS	•MEDO	•SEDE	•TONTURAS		•FOME	•TRISTEZA		SIM	NÃO		
•SONO	•DOR	•ANSIEDADE																	
•CALOR	•NÚSEAS	•CANSAÇO																	
•FRIO	•VÔMITOS	•MEDO																	
•SEDE	•TONTURAS																		
•FOME	•TRISTEZA																		

ESCALA DE DOR	DIA DA SEMANA	MÊS	NÚMEROS
0	SEGUNDA-FEIRA	JANEIRO	0
1	TERÇA-FEIRA	FEVEREIRO	1
2	QUARTA-FEIRA	MARÇO	2
3	QUINTA-FEIRA	ABRIL	3
4	SEXTA-FEIRA	MAIO	4
5	SÁBADO	JUNHO	5
6	DOMINGO	JULHO	6
7		AGOSTO	7
8		SETEMBRO	8
9		OUTUBRO	9
10		NOVEMBRO	10
		DEZEMBRO	

LETRAS

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

REGISTOS

CIPE/SAPE FOCO: Comunicação STATUS: Comprometido

Intervenções de Enfermagem

<p>Otimizar a comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar materiais de comunicação (quadro, papel, caneta, óculos, etc...) 	<p>Supervisionar a comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseguida • Não conseguida • Parcialmente conseguida
<p>Vigiar a comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunica (como...) • Não comunica 	<p>Identificar barreiras da comunicação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idioma • Défices visuais/auditivos/sensoriais/cognitivos • Presença TOT • Presença traqueostomia

OBRIGADA
!!!



BIBLIOGRAFIA



Mendes, I. (1994). *Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem*. São Paulo: Sarvier.

Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica* (2010).

Silva, A., Martinho, A., Ferreira, G., Serralheiro, J., Paciência, J. (2006). *Técnicas de comunicação com o doente ventilado*. *Sinais Vitais*, 68, 49-53.

Alfaiate, M., Silva, L., Matos, T. (2009). *A comunicação com o doente toxicodependente*. *Nursing*, 246 (6), 6-10.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Almeida, M., Ribeiro, J. (2008). *Stress dos doentes nos cuidados intensivos*. *Revista Referência*, 7 (10), 79-88.

Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

Ferreira, M., Miranda, E. (2007). *Novas estratégias da equipe e familiares na comunicação com o paciente*.

Moreira, C., Moleiro, M., Tomás, M. (2000). *Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica*. *Sinais Vitais*, 32 (9), 19-23.

